130125

N° 4 PREMIÈRE ANNÉE DÉCEMBRE 1891.

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 6 novembre 1891 (Suite).

Présidence de M. Gellé.

Traitement de la trachéite par les inhalations chaudes de menthol,

par les Docteurs Alfred Martin et Lubet-Barbon.

Les premières recherches sur l'action locale du menthol sont dues à Rosenberg, qui lui trouva des propriétés analgésiques et anesthésiques très prononcées. C'est, d'autre part, un antiseptique de premier ordre qui tue le bacille du charbon (Koch) et celui de la tuberculose (Sormani).

Rosenberg employait le menthol en inhalations et en injections intra-trachéales d'huile mentholée. Cette dernière manière est restée dans la pratique courante, et l'un de nous a publié une note à ce sujet (1).

Mais les inhalations ne paraissent pas avoir été employées d'une façon aussi constante. Elles ont pour nous l'avantage d'introduire dans les voies aériennes le médicament à l'état de nature, sans incorporation dans aucun véhicule.

(1) Lubet-Barbon. Traitement de la trachéite par les injections intra-trachéales de menthol. *Ann. de thérapeutique médico-chirurgicale.* Juin 1889.

Depuis plus de deux ans, nous les conseillons dans la trachéite soit aiguë, soit chronique, et elles nous ont la plupart du temps donné d'excellents résultats. Nous les conseillons principalement dans ces cas où les malades accusent une gêne habituelle dans le larynx et la trachée, où la pression de celle-ci est douloureuse et provoque des quintes de toux.

Ces quintes de toux se présentent d'ailleurs d'une façon spontanée et sont précédées d'une sorte de chatouillement, que les malades localisent assez exactement dans la région laryngo-trachéale.

Ces trachéites sont, en général, très persistantes ; elles se reproduisent sous l'influence des moindres variations atmosphériques : c'est le point faible de certains malades, qui s'accusent eux-mêmes « d'être des tousseurs. » Ils ont en même temps de la rhino-pharyngite.

A l'examen au laryngoscope, on voit les cordes vocales légèrement rouges, surtout sur leurs bords libres ; des mucosités adhérentes dans l'espace inter-arytinoïdien et dans la région sous-glottique qui est souvent légèrement gonflée.

La trachée est rouge et on voit le long de ses parois des produits d'exsudation.

Les inhalations de menthol sont facilitées par ce fait que ce corps solide entre en fusion vers 38°, et se volatilse vers 45°.

L'appareil que nous employons est des plus simples. Il consiste, en principe, en un flacon à large goulot, fermé d'un bouchon à deux trous. Dans chacun de ces trous passe un tube de verre ; l'un, court, destiné à laisser entrer l'air dans le flacon, l'autre terminé à l'extérieur par un tube en caoutchouc destiné à être mis dans la bouche du malade.

Le flacon contenant le menthol est chauffé au bain-marie ou à la flamme d'une lampe à alcool. Le menthol se résout en un liquide sirupeux, et bientôt des vapeurs blanchâtres remplissent la partie supérieure du flacon. On peut alors les inhaler en les aspirant par le tube en caoutchouc, tandis que l'air extérieur, entrant par le court tube, vient emplir à nouveau le flacon et

se charger de vapeurs. Il faut recommander aux malades de faire très lentement les premières inhalations, de ne pas pousser le menthol à une température trop élevée, parce qu'ils sont pour les premières fois pris de toux et d'une suffocation aiguë.

Ces petits accidents ne se renouvellent pas dans les séances suivantes. On peut ainsi faire deux ou trois séances dans la journée, une dizaine d'inspirations par séance, en employant une température d'autant plus élevée que l'affection est plus intense ou plus rebelle (1).

Du canal de Jacobson, de la possibilité de le reconnaître sur le vivant et de son rôle probable dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale,

par le Docteur Potiquet.

Le canal du Jacobson représente chez l'homme un des vestiges de l'organe du même nom. L'organe de Jacobson, destiné à l'olfaction, atteint son plus grand développement chez certains mammifères. Il consiste sur le mouton, par exemple, en un tube membrano-muqueux renfermant quelques ramifications du nerf olfactif; ce tube est lui-même inclus dans un étui cartilagineux appliqué de chaque côté de la cloison des fosses nasales. Chez l'homme, l'organe n'est plus que rudimentaire : l'étui cartilagineux se réduit à de minces languettes ou à de petites baguettes de cartilage (cartilages de Jacobson, cartilages accessoires de M. Sappey) qui doublent de chaque côté la base de la lame quadrilatère et la pointe du vomer[2], et

(1) Sur nos indications, MM. Herbain et M. Bardy, pharmaciens, ont construit l'un et l'autre, sur le principe sus-indiqué, de petits appareils plus élégants et plus commodes.

2. Ces cartilages jouent dans les épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison un rôle important indiqué par M. Sandmann (Congrès international de Berlin, 1890), rôle que nous essayerons de définir dans une prochaine étude.

le tube membrano-muqueux n'cst plus représenté que par un canal ou cul-de-sac de peu d'étendue, allongé au-dessus dc ces cartilages, situé donc vers la partie inférieure du septum cartilagineux.

Signalé chez l'homme ct figuré par Fr. Ruysch[3], puis par S. Th. Sœmmering, dans ses magnifiques planches sur l'anatomie de l'organe olfactif[4], ce petit canal a été, depuis la découverte de l'organe de Jacobson chez les mammifères[5] (1811), mentionné chez l'homme par J. Fr. Meckcl[6] et étudié chez l'embryon humain par Dursy[7]. En 1877, M. A. Kœlliker fit de l'organe de Jacobson de l'homme le sujet d'une monographie[8], et depuis on trouve ce petit canal cité ou étudié dans les ouvrages ou les articles de M. Th. Kœlliker[9], Schwalbe[10], Lœvc[11], Quain[12], Zuckerkandl[13], etc. Il n'a pas été, que je sache, décrit ou figuré dans un ouvrage français. Du moins, ni Gratiolet[14], ni M. Ch. Remy[15] ne le signalent chez l'homme.

Son existence chez l'homme est constante, dit Sœmmering. Nous ne saurions être aussi affirmatif, du moins en ce qui touche l'adulte ou le vicillard. Au cours de dissections récentes (mai 1891), sur onze têtes d'adultes ou de vieillards, d'une fraîcheur relative, il est vrai, nous l'avons trouvé dix-huit

3. Thesaurus anatomicus, tome III, 1703.

4. Abbildungen d. menschlich. Organe des Geruches, 1809.

5. Annales du Muséum d'histoire naturelle, tome XVIII. Rapport de Cuvier.

6. Handbuch der menschlich. Anatomie, tome IV, 1820. Cité par A. Kœlliker.

7. Zur Entwickelungsgeschichte des Kopfes des Menschen, etc., 1869.

8. Ucber die Jacobsod' schen Organe des Menschen, etc., 1877.

9. Ueber das Os intermaxillarc des Menschen, 1882.

10. Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane, 1887.

11. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1886, et Congrès international de Berlin, 1890.

12. Quain's Elements of anatomy, 9e édition, 1882.

13. Real-Encyclopœdie der gesammten Heilkunde, 2e édition, 1888. Art. Nasenhöhle.

14. Recherches sur l'organe de Jacobson, thèse de Paris, 1845.

15. La membrane muqueuse des fosses nasales, thèse d'agrégation, 1878.

fois[1]. La recherche de son orifice est relativement facile sur le cadavre. L'œil, sur la pièce soigneusement lavée, portée au grand jour, placée de face ou inclinée en divers sens, peut scruter à loisir toutes les inégalités de la muqueuse, appeler au besoin le stylet à son aide, et finalement découvrir dans l'endroit indiqué une crypte assez large qui n'est autre que le canal cherché. Sur une tête de nouveau-né ou d'enfant de quelques mois, on le trouve toujours, souvent précédé d'un petit sillon qui y mène. Il nous a semblé que sur les têtes d'adultes on avait d'autant plus de chance de le découvrir que le sujet était plus jeune : cela tient sans doute aux lésions de la muqueuse, dépendant de coryzas répétés, qui, probablement avec l'âge, en amènent l'oblitération.

I.

Sur le vivant, il en est un peu différemment. M. Moldenhauer est, à notre connaissance, le seul rhinologiste qui ait tenté de l'y reconnaître; ses recherches furent vaines. « Bien que mon attention ait été maintes fois dirigée vers ce point, dit-il en parlant de l'orifice du canal de Jacobson, je n'ai pu le voir sur le vivant[2]. » Il le décrit entouré d'un bourrelet, il est vrai; or, chez l'adolescent et chez l'adulte, si nous en croyons les pièces anatomiques que nous avons eues sous les yeux et nos constatations sur le vivant, si nous nous fions aux figures de la cloison dans lesquelles il se trouve représenté (Sœmmering, A. Kœlliker, Schwalbe, Merkel[3]), cet orifice se présente plutôt limité par une valvule; le bourrelet ne semble guère exister que chez le tout jeune enfant (voyez la figure de l'ouvrage de Ruysch), et si M. Moldenhauer n'a pu le découvrir sur le vivant,

1. Nous sommes heureux de remercier ici M. Poirier, chef des travaux anatomiques de la Faculté, qui a bien voulu autoriser nos recherches.

2. Maladies des fosses nasales, ouvrage traduit par nous, 1888, page 13.

3. Figure empruntée à M. Merkel par M. Zuckerkandl, loc. cit.

c'est peut-être pour s'être mis à la recherche d'un bourrelet comme point de repère.

L'orifice de ce petit canal qui, le plus souvent, ne mériterait guère que le nom de cul-de-sac en raison de son peu d'étendue, n'est cependant pas impossible à trouver sur le vivant. Sa découverte y est certes infiniment moins aisée que sur le cadavre; mais, avec un peu de soin et parfois beaucoup de patience, on arrive à le trouver, à le trouver quelquefois, aurions-nous dit il y a quelques mois, assez souvent, disons-nous à cette heure.

Pour le trouver, il faut d'abord savoir où le chercher. Il est situé au-dessus du bourrelet allongé d'avant en arrière qui, constitué en bonne partie par les cartilages de Jacobson, occupe la portion antéro-inférieure de la cloison (fig. 1). D'après les mensurations de M. A. Kœlliker, il est en moyenne éloigné de 8 millim. 5 du plancher de la fosse nasale et de 24 millimètres de l'angle formé par la cloison membraneuse et la lèvre supérieure; il mesure environ 1 millimètre de large. La longueur du canal dirigé d'avant en arrière et un peu en haut, dans lequel il donne accès, peut atteindre jusqu'à 9 millimètres (Schwalbe); mais il ne mesure en moyenne que près de 4 millimètres.

Ce ne sont là que des moyennes; le canal de Jacobson peut s'ouvrir un peu en deçà ou un peu au delà des chiffres qui y correspondent. En suivant les distances maxima et minima indiquées par M. A. Kœlliker, on arrive à circonscrire sur la cloison un espace à peu près losangique (fig. 2, a, b, c, d), mesurant 7 millimètres de bas en haut, 8 millimètres d'avant en arrière, dans lequel on trouve presque à coup sûr l'orifice. Cet espace peut être dit zone de recherche; des études anatomiques ultérieures l'élargiront sans doute, les mensurations de M. A. Kœlliker n'ayant porté que sur dix-huit sujets adultes.

En outre, nos recherches sur le cadavre nous ont appris que le canal de Jacobson est, sur un même sujet, assez symétriquement placé à droite et à gauche, à une distance très sen-

siblement égale au-dessus du plancher des fosses nasales. Mais sa longueur et aussi la distance qui sépare son orifice des na-

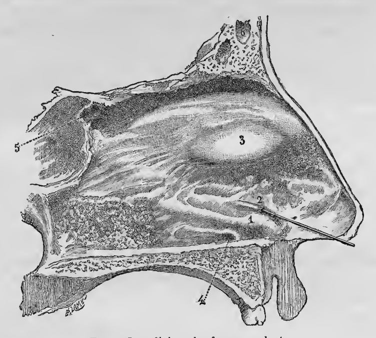


FIGURE I. — Cloison des fosses nasales[1].

1. Bourrelet constitué en partie par le cartilage de Jacobson. — 2. Orifice du canal de Jacobson, dans lequel a été introduit un stylet. — 3. Tubercule de la cloison. — 4. Infundibulum naso-palatin répondant, sur le squelette, au canal naso-palatin. — 5. Orifice du sinus sphénoïdal. — 6. Sinus frontal.

1. La cloison ici figurée n'est pas la première cloison venue. Sur les onze sujets dont nous avons disséqué les fosses nasales en mai dernier, nous avons pour ce dessin fait choix de cette cloison qui, assez régulière dans sa forme, offrait de plus, assez nettement accusées et reconnaissables, les particularités anatomiques ci-dessus notées. Elle appartenait à un homme âgé d'environ 40 ans. La lèvre supérieure et un peu de la peau de la sous-cloison manquaient sur la pièce confiée au dessinateur. Celui-ci a, sur notre conseil, restitué schématiquement ces parties, mais en ménageant un peu trop l'étoffe, et la distance de l'orifice du canal de Jacobson à l'angle de la sous-cloison et de la lèvre supérieure est assurément inférieure à la distance réelle.

rines ou la situation de celui-ci dans le sens antéro-postérieur sont d'un côté à l'autre sujettes à quelques variations. Cette égale distance au-dessus du plancher des fosses nasales à droite et à gauche sur un même sujet est une circonstance qui peut

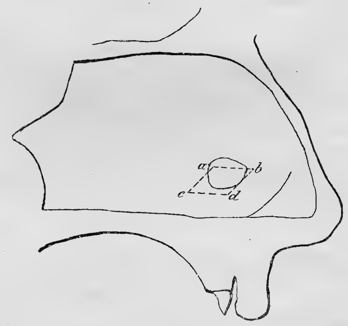


Figure 2. — Schéma d'une cloison nasale perforée (ulcère perforant? syphilis?) trouvée sur un sujet âgé d'environ 60 ans.

Le losange pointillé *a, b, c, d*, figuré sur cette cloison, limite approximativement l'espace dans lequel se trouvait l'orifice du canal de Jacobson sur dix-huit sujets adultes, d'après les mensurations de M. A. Kœlliker.

faciliter grandement la découverte de l'orifice d'un côté, lorsqu'il a été trouvé de l'autre, et, de plus, elle peut constituer, au point de vue pathologique, un renseignement précieux.

A voir la facilité avec laquelle on trouve sur le cadavre l'orifice du canal de Jacobson, on pourrait s'étonner que sa découverte fût sur le vivant chose si difficile; mais, sur le vivant, les conditions sont tout autres, et même elles ne laissent pas que d'être assez défavorables.

Et d'abord, pour la perception nette des détails, nul éclairage ne vaut la lumière solaire directe. Or, sous notre latitude, la rhinoscopie ne peut guère être pratiquée couramment qu'à l'aide de la lumière artificielle qui change la couleur des objets à considérer et en noie les contours.

En outre, à la rhinoscopie antérieure pratiquée comme on le fait communément, la muqueuse de la cloison, loin de s'offrir au regard de face comme sur le cadavre, se présente très obliquement; aussi les accidents légers qui mouvementent sa surface risquent-ils grandement de se perdre dans un raccourci confus.

En troisième lieu, la muqueuse de la cloison est assez souvent recouverte, surtout au niveau de la zone qui nous intéresse, soit de mucosités étalées en une couche très mince prenant par la dessiccation l'aspect d'un vernis, soit de légers amas de débris d'épithélium. Dans ce cas, ce n'est donc pas la surface même de la muqueuse qu'on aperçoit en réalité, mais des produits de sécrétion ou de desquamation qui en masquent les détails.

En quatrième lieu, la cloison cartilagineuse offre assez souvent, surtout dans sa portion inférieure, une configuration tourmentée; et, alors même qu'elle s'y montre sensiblement droite, elle présente assez fréquemment vers les limites antérieures de notre zone de recherche, ou en avant d'elles, une légère ondulation verticale, qui en rend difficile l'exploration avec l'œil ou le stylet.

Telles sont les circonstances principales qui gênent l'examen de cette portion du septum et qui peuvent s'opposer à la découverte de l'orifice du canal de Jacobson.

De la première il faut prendre son parti, l'exploration des cavités nasales à la lumière solaire directe avec un réflecteur plan ne pouvant être pratiquée que par exception.

On remédiera en partie à la seconde en dirigeant le spéculum de telle sorte que notre zone de recherche se présente au regard aussi peu obliquement que possible.

Un tampon de ouate porté au bout d'un stylet et promené sur

la cloison avec une grande légèreté de main balayera mucosités et amas épithéliaux; il les balayera avec infiniment de douceur, afin de ne pas provoquer un suintement sanguin qui s'opposerait à toute exploration ultérieure immédiate.

La patience du rhinoscopiste. son ingéniosité et, à la longue, son expérience, l'aideront à surprendre parmi les accidents multiples d'un septum onduleux, montueux, vallonné, le pertuis cherché; mais trop souvent il lui faudra se résigner à retirer son stylet bredouille.

Outre les difficultés inhérentes à la région, il en est qui tiennent au canal même, je veux dire à l'étroitesse de son orifice et à la brièveté de son trajet.

La région qu'il occupe est de celles que le stylet du rhinoscopiste parcourt avec le plus de fréquence, et cependant je n'ai point ouï dire qu'il s'y soit jamais engagé. L'étroitesse de son orifice le sauvait en effet de toute introduction accidentelle du stylet communément employé, trop gros pour y pouvoir pénétrer. Puisqu'il s'agit ici de rhinoscopie, la vue est le mode d'exploration obligé; mais, si on l'emploie seule, on risque fort de s'abuser. Même dans les cas les plus favorables, l'œil ne peut guère que soupçonner l'orifice d'entrée du canal. Une tache plus sombre dans le lieu que nous avons dit, une dépression légère, un sillon qui s'interrompt brusquement, donnent à penser que là gît l'orifice cherché. Mais la certitude ne saurait être acquise qu'avec le stylet. Le stylet s'impose, non point un stylet quelconque. mais un stylet très fin, d'environ six dixièmes de millimètre d'épaisseur, parfaitement mousse à son extrémité. On le pousse d'une main légère dans l'orifice présumée; s'il pénètre dans la muqueuse à 3, 4 millimètres de profondeur ou d'avantage, on peut être assuré qu'on tient le canal de Jacobson. Son introduction est, du reste, le plus souvent absolument indolore. Son retrait peut être suivi de l'apparition d'une petite gouttelette de sang à l'entrée du canal si l'extrémité du stylet a buté sur son fond avec trop de brusquerie. Mais si le stylet glisse sur la muqueuse sans s'y enfoncer, il faut chercher ailleurs; et si rien

dans le voisinage n'attire plus particulièrement la vue, on en est réduit à tâtonner avec l'extrémité du stylet poussé d'avant en arrière dans la zone que nous avons tracée (fig. 2), même un peu en dehors d'elle, particulièrement au-dessus du bourrelet jacobsonien.

Si l'étroitesse du canal de Jacobson rend maintes fois sa recherche laborieuse, la brièveté de son trajet, qui n'atteint parfois que 2 millimètres (A. Kœlliker), peut assez souvent laisser l'esprit en suspens sur la signification véritable du pertuis dans lequel le stylet s'engage. Considéré à un point de vue purement morphologique, sans retour vers l'embryogénie et l'anatomie comparée, le canal de Jacobson n'est, après tout, qu'une crypte de la muqueuse, crypte assurément plus large et surtout plus profonde, en général, que celles dont se creuse la muqueuse de cette portion de la cloison sous-jacente au *tuberculum septi*. Mais, morphologiquement parlant, ce n'est qu'une crypte, et, lorsqu'elle est superficielle, lorsque le stylet, à peine engagé, se trouve arrêté, un doute vient à l'esprit : le stylet n'aurait-il fait que buter sur le fond d'une crypte vulgaire? Relativement aisée à décider sur le cadavre, où l'œil surtout vient en aide, où l'on peut à loisir considérer la pièce anatomiqqe, la fouiller du stylet, la manier en tous sens, ta question ne s'offre pas sur le vivant avec la même simplicité, l'examen ne jouissant pas là des mêmes facilités. Cependant, il est un élément de diagnostic auquel l'examen cadavérique apprend à attacher une grande importance, c'est le siège de l'orifice. Le canal de Jacobson, bien qu'il soit, chez l'homme, dépourvu de toute connexion avec le cartilage du même nom, s'est toujours montré à nous sur le cadavre et, dans les cas indéniables, sur le vivant, sus-jacent au bourrelet que ce cartilage contribue à former à la base de la cloison, ou à très peu de distance au-dessus de lui, là même où la cloison offre, sur une coupe verticale et transversale, sa plus grande minceur. D'autre part, si la distance au-dessus du plancher des fosses nasales varie d'un sujet à l'autre sur un même sujet : renseignement précieux, avons-

nous dit, et qui, toutes choses égales, facilite grandement la recherche de l'orifice quand il a été trouvé d'un côté.

C'est là, on le voit, une investigation souvent laborieuse, parfois sans objet, puisque le canal de Jacobson peut être oblitéré, investigation que le succès ne couronne pas toujours, lors même que ce canal semble devoir exister. Depuis le mois de février jusqu'au mois d'août 1891, nos tentatives, que nous sommes loin d'avoir poursuivies implacablement chez tous les sujets qui se sont offerts à notre observation, tentatives inoffensives, du reste, ont eu un résultat positif dans une centaine de cas environ sur un peu plus de deux cents sujets, donc, environ une fois sur quatre ou cinq investigations (1).

— Voilà bien du temps à dépenser, dira-t-on peut-être, et pour quel maigre résultat ! — Pour enfoncer de temps à autre un petit stylet de quelques millimètres ! — La rhinoscopie doit-elle s'attarder à pareille vétille ! Le jeu, d'ailleurs, en vaut-il la chandelle ? Que pourra bien gagner la pathologie à cette manœuvre minuscule ? Voilà un humble cul-de-sac, laissé en repos jusqu'alors, qu'aucun stylet fureteur n'avait encore songé à visiter. Une ère nouvelle va-t-elle s'ouvrir pour lui, et les explorations qu'on s'ingéniera peut-être à lui faire subir maintenant seront-elles toujours sans dommage pour lui et pour la cloison même ?

— Et d'abord, peut-on répondre, tout enrichissement de la technique appliquée à l'examen des cavités nasales n'est pas à dédaigner, si minime qu'il soit. Depuis Czermack, Voltolini et M. Duplay, on ne peut nier que les progrès de la pathologie de ces cavités aient été liés au perfectionnement de leurs moyens d'exploration. Comment serait-il indifférent de savoir reconnaître à l'occasion le canal de Jacobson ? Sa recherche ne peut être, cela va sans dire, le complément obligé de toute

(1) Nous avons, avant-hier (4 novembre), sur un malade de l'hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin, salle 3, lit 57), montré le canal de Jacobson à M. Hallopeau, à MM. Bataille et Flœrschein, ses internes, à M. Flandre, un de ces internes, et à M. le Dr Le Baron qui assistait à la visite.

exploration, même méthodique, des fosses nasales, attendu que, dans l'immense majorité des cas, l'utilité en est nulle. Mais, à notre avis, il suffit que cette utilité existe quelquefois pour que le rhinologiste se fasse à l'avenir un devoir d'être en mesure d'y procéder, si besoin en est. Pourquoi la pathologie ne bénéficierait-elle pas du supplément d'information que procure cette investigation nouvelle? Nous sommes convaincu que maintes lésions occupant la région du canal de Jacobson et le canal de Jacobson lui-même pourront maintenant être reconnues, et par conséquent enrayées à tant dans leur marche, qui jusqu'alors passaient inaperçues en raison de leur exiguité. En ce qui nous touche, nous confessons n'avoir reconnu la petite cicatrice allongée qu'offrait en ce point un syphilitique soumis depuis longtemps à notre examen, qu'après que notre attention eut été spécialement attirée sur cette région. Pour la syphilis, notamment, il est un qui frappe à la lecture des observations, même recueillies avec l'assistauce de rhinoscopistes exercé: c'est la fréqence avec laquelle on y relate une perforation de la cloison en évolution et la rareté extrême avec laquelle on note note en ce point la présence des syphilides ulcéreuses, dont la perforation n'est souvent que la conséquence, Il semble probable qu'un examen plus circonstancié de la région fera cesser cette sorte d'antinomie.

Que des sondages répétés, même avec douceur, puissent menacer le canal de Jacobson dans son existence et amener parfois son oblitération, la chose est possible. Mais le dommage ne pourra jamais être bien grand pour l'individu, on en conviendra. Comme t'appendice iléo-cæcal qu'on supprime maintenant assez volontiers quand on le juge malade, le canal de Jacobson n'est chez l'homme qu'un organe déchu, et l'organisme ne semble pas devoir souffrir de son absence. Sans aller jusqu'à dire qué son oblitération soit une mutilation utile, on peut avancer sans trop de timidité que c'est une mutilation sans conséquence.

II

M. Moldenhauer, après avoir signalé dans l'épaisseur de la muqueusede la cloison l'existence du canal de Jacobson et relaté l'insuccès de ses recherches. ajoule : « L'organe de Jacobson n'a du reste lui-même aucune importance pour la pathologie ».

Bien des raisons et quelques observations recueillies notamment à l'hôpital Saint-Louis (1) nous inclineraient à appeler de

C'est déjà une affirmation bien hardie que de dire qu'un organe n'a en pathologie aucune importance. Hélas ! il n'est aucun de nos organes qui ne puisse être malade, pense-t-on communément, et cela de bien des façons ! Et parmi ces organes, ceux qui, comme l'organe de Jacobson, n'existent chez nous qu'à l'état de vestige, l'appendice iléo-cæcal par exemple, ne sont peut-être pas ceux qui opposent aux processus morbides le plus de résistance. On sait la fréquence relative de l'appendicite. Le canal de Jacobson ferait-il donc exception ? Aù lieu de croire à quelque immunité que rien n'expliquerait, ne vaudrait-il pas mieux confesser simplement que jusqu'ici ses affections sont restées probablement inaperçues, et cela grâce à sa situation dérobée dans une région qu'on explore relativement peu, au peu de place qu'il y tient, à la difficulté de le reconnaître, à la difficulté plus grande encore de surprendre ses lésions dès leur début, alors qu'il est encore reconnaissable et n'a pas été compris dans quelque processus destructif un peu étendu ; onfin, pour tout dire, si jusqu'ici on n'a pas soufflé mot de ses affections, ne serait-ce pas pour cette raison suffisante qu'on ignorait assez généralement jusqu'à son existence ?

Chose digne de remarque, la région du septum de beaucoup la plus importante au point de vue pathologique, celle où se

(1) Nos recherches au point de vue pathologique ont été faites surtout dans le service de M. Hallopeau qui, sur la recommandation de notre vénéré maître, M. Lailler, a bien voulu nous faire le plus bienveillant accueil. Nous sommes heureux de leur adresser ici nos remerciements bien vifs.

ce jugement.

localisent cette prédilection des plus marquées les processus morbides, quelle que soit leur nature, est précisément celle qui abrite le canal de Jacobson. Là siègent les syphilides ulcéreuses décrites par M. Michelson, les perforations dues à la même cause, l'ulcère perforant décrit par MM. Weichselbaum, Voltolini, Hajck, etc., et qui est d'observation relativement fréquente ; là est le lieu d'origine préféré des épitaxis à à répétition, là se montrent avec une fréquence peu connue les néoplasies lupiques dans le cours du lupus de la face et les perforations qui y font suite, les nodules de la lèpre et de même les pertes de substance qu'entraînent leur désagrégation, les perforations qui ont été sigéalées à la suite de certaines maladies infectieuses, typhus récurrent, fièvre typhoïde.

Un coup d'œil jeté sur la figure 2 est, à ce propos, particulièrement instructif. Qu'on veuille bien reporter sur cette cloison perforée par un processus inconnu (ulcère perforant? syphilis?), trouvée par nous sur le cadavre d'un homme âgé d'environ 60 ans, les distances maxima et minima notées par M. A. Kœlliker du plancher de la fosse nasale à l'orifice du canal de Jacobson d'une part, et de ce même orifice à l'angle que forme la cloison membraneuse avec la lèvre supérieure d'autre part, on obtiendra à peu près le losange qui a été tracé en pointillé et que nous avons désigné antérieurement sous le nom de zone de recherche. La superposition de cette zone et de la perforation géométrique, — on ne peut la vouloir telle pour nombre de raisons qu'il serait impertinent d'énumérer, — n'est-elle point d'un haut intérêt et cette quasi-concordance des plus suggestives[1] ?

De cette localisation particulière des processus morbides en une région déterminée du septum, il n'a point été fourni d'expli-

1. Ignorant le dessin, nous n'avons pu prendre sur le champ qu'un schéma grossier de la pièce entière, à l'aide d'un compas. L'examen du fragment conservé, sur lequel on voit la perforation immédiatement sus-jacente au bourrelet jacobsonien occupant la base de la cloison, est plus démonstratif encore que le schéma.

cation générale jusqu'à aujourd'hui. On a bien dit, au sujet des perforations de la cloison, que leur siège en cette sorte de lieu d'élection avait sa raison d'être dans la plus grande minceur du cartilage à ce niveau. Mais cette explication n'a trait qu'au plus ou moins de facilité qu'éprouve le processus morbide à intéresser toute l'épaisseur de la cloison cartilagineuse ; elle ne nous dit point pourquoi la lésion initiale, dont la perforation n'est que l'aboutissant, frappe cette région plutôt que toute autre. Le canal de Jacobson ne serait-il pas pour quelque chose dans la préférence non douteuse du nombre de ces lésions pour cette région qui est la sienne? N'y jouerait-il pas quelque rôle? Ne serait-ce pas sa présence qui les y appellerait et les y fixerait?

A considérer les habitudes de certaines de ces lésions, les lieux où de préférence elles s'installent, leur pathogénie, et jusqu'à leurs formes de début sur la cloison même, une telle supposition ne laisse pas que d'être assez vraisemblable. En ce qui touche l'ulcère perforant notamment, son siège et sa forme, comme le siège de la perforation qu'il peut entraîner du reste, et jusqu'à sa symétrie des deux côtés de la cloison notée dans un cas par M. Hajek[1], ne donnent-ils pas à penser que le canal de Jacobson pourrait bien n'être pas, dans certains cas, étranger à son apparition?

M. Hajek, se fondant sur le nombre colossal de coccï qu'hébergent les cavités nasales, même à l'état normal, fait, on le sait, de cet ulcère une affection nécrosante de la muqueuse, due à la pénétration dans la profondeur de ses glandes du staphylocoque et du streptocoque pyogènes. « Il va de soi, dit-il, que les larges conduits excréteurs des glandes muqueuses sont particulièrement exposés à recevoir chez eux des agents nocifs amenant une irritation locale et des altérations inflammatoires du revêtement épithélial des glandes muqueuses et de leurs conduits excréteurs. Puis, les produits infilammatoires qui séjournent dans les conduits excréteurs, les coagulations san-

1. Virchow's Archiv., tome 120, 1890.

guines qui, à la suite d'hémorragies, peuvent s'y former, fournissent un terrain particulièrement favorable à la multiplication des bactéries qui s'y rencontrent et à leur action pathogène. » Si telle est la pathogénie de l'ulcère perforant, le rôle hospitalier attribué par M. Hajek aux glandes de la muqueuse ne conviendrait-il pas merveilleusement au canal de Jacobson qui n'est plus, chez l'homme, qu'un cul-de-sac vraisemblablement sans emploi[1] ?

On pourrait s'étonner que M. Hajek n'ait pas, dans son étude remarquable, attribué au canal de Jacobson le plus petit bout de rôle, qu'il n'ait pas même songé à lui, ne fût-ce que pour lui dénier toute importance et l'écarter. Mais ne sait-on pas que la clinique est parfois un peu lente à utiliser les notions nouvelles fournies par les anatomistes? L'histoire de l'ulcère perforant la cloison n'en fournit-elle pas un exemple? Bien que décrit, dès 1882, avec une remarquable netteté par un anatomo-pathologiste, M. Weichselbaum, et par M. Zuckerkandl, l'ulcère perforant continua à être méconnu cliniquement jusqu'au moment où Voltolini (1888), Rossbach (1889) et Hajek (1890), en firent une espèce nosologique distincte.

Ce n'est pas à dire cependant que les lésions de la portion inférieure de la cloison cartilagineuse doivent invariablement débuter toutes par le cul-de-sac en question. Celui-ci fournirait simplement une condition particulièrement favorable à leur éclosion, condition tenant à sa configuration et peut-être à sa

1. Ailleurs, on voit un autre micro-organisme, le gonocoque, avoir une tendance naturelle à se réfugier dans les cryptes de l'urètre, à se multiplier là pour amener ensuite toute une série de modifications aboutissant à un processus phlegmasique, la folliculite. Le siège de prédilection de cette folliculite serait, suivant M. Lefort (thèse de Paris, 1888-1889), la valvule de Guérin située à un centimètre et demi environ du méat. Si la pathogénie de l'ulcère perforant est bien celle que dit M. Hajek, les cocci, si nombreux dans le nez, ne pourraient-ils pas, dans certaines circonstances, en user de même avec le canal de Jacobson, y déterminer une folliculite, disons le mot, une jacobsonite, aboutissant parfois, en raison des conditions anatomiques de la région, à la nécrose du cartilage sous-jacent? En tout cas, l'analogie est piquante et le rapprochement s'imposait.

qualité d'organe déchu. Le processus peut sans nul doute se fixer ailleurs[1].

Mais ce ne sont là qu'inductions et vraisemblances, et ce n'est pas avec des matériaux aussi fragiles que s'édifie la pathologie. Nous avons le vif soupçon que l'organe de Jacobson n'échappe point à la loi commune, qu'il peut, comme tous nos organes, même déchus, être touché primitivement par certains processus morbides. et que son rôle, dans la pathogénie de certaines perforations de la cloison cartilagineuse notamment, et loin d'être insignifiant; mais ce n'est qu'un soupcon. Nous avons vu des lésions lupiques et des lésions syphilitiques exiguës, limitées exactement à la région qu'occupe habituellement le canal de Jacobson, et même, dans deux cas[2], en rappelant la forme d'une

1. (8 juillet 1891.) M. R..., 26 ans, tourneur en cuivre, syphilitique depuis trois ans et tuberculeux, s'est aperçu il y a huit jours qu'il avait la cloison du nez perforée. Depuis le mois de janvier 1891, il avait à l'entrée des fosses nasales des croûtes adhérentes qui le gênaient, qui arrachait et dont le détachement amenait de légers saignements de nez.

Perforation de la cloison du diamètre d'une lentille, occupant la portion antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse, cicatrisee, excepté dans sa portion supérieure, à bords amincis; la muqueuse qui recouvre ceux-ci a un aspect cicatriciel s'entendant encore un peu au delà.

A gauche, canal de Jacobson ayant environ 3 millimètres de profondeur, situé à environ 4 millimètres en arrière du bord postérieur de la perforation.

2. 1[er] *cas*. — Pavaillon Bazin, salle 2, n° 43 (juin 1891). Homme à accidents syphilitiques tertiaires multiples ; syphilome tertiaire du pharynx supérieur ; élimination d'une partie des ailes du sphénoïde, perforation de la voûte palatine, etc. Dans la fosse nasale gauche existe une petite cicatrice de la muqueuse, de teinte blanc grisâtre, ayant environ 4 millimètres de long sur 2 millimètres de haut, occupant exactement au-dessus du bourrelet jacobsonien la place où se trouve d'habitude le canal de Jacobson.

2[e] *cas*. — Pavillon Bazin 2, n° 25, M. X..., 23 ans (avril 1891). Lupus vulgaire du lobule du nez et de la lèvre supérieure, se prolongeant à droite dans le vestibule des fosses nasales. De plus, à droite et à gauche, dans les fosses nasales, granulations rouges, saignantes, occupant la région du canal de Jacobson ; le style et promené au milieu d'elles vers leur centre traverse la cloison de part en part. Cautérisations répétées avec le nitrate d'argent en substance. En juin, granulation disparues et perforation de la cloison à bords cicatrisés, perforation allongée horizontalement au-dessus du bourrelet jacobsonien, ayant 4 à 5 millimètres de long sur environ 2 millimètres de haut, occupant exactement la région où siège d'habitude le canal de Jacobson.

façon frappante, mais nous n'avons pu les y surprendre tout à fait à leur début, c'est-à-dire alors que le trajet du canal était encore reconnaissable; et cette dernière condition nous paraît devoir être remplie avant qu'on puisse affirmer l'existence d'un nouveau genre nosologique, la jacobsonite.

L'expose qui précède peut se résumer ainsi :

1° Le canal de Jacobson peut, sinon toujours, du moins assez souvent, être reconnu sur le vivant;

2° Sa recherche a dès maintenant sa place marquée dans l'exploration des cavités nasales;

3° Il y a lieu de rechercher la relation qui peut exister entre le canal de Jacobson et les lésions occupant la région où il siège.

Séance du 4 décembre 1891.

Présidence de M. Gellé.

M. Ménière, trésorier, propose de ne faire le compte rendu financier qu'au mois de janvier 1892. Adopté.

Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse : (Periamygdalite linguale phlegmoneuse; Plegmon sous-muqueux superficiel de la base de la langue.)

Par le Docteur Albert Ruault,

Médecin de la Clinique laryngologique des Sourds-Muets.

Dans un mémoire présenté le 10 mai 1888 à la Société Clinique de Paris, et où je rapportais quelques observations personnelles ayant trait à des malades atteints d'hypertrophie de l'amygdale linguale; j'ai signalé, en outre, la possibilité de l'inflammation aiguë de cette région, en insérant une obser-

vation à l'appui. Jusqu'alors, l'attention s'était surtout portée sur l'inflammation chronique hypertrophique, et l'inflammation aiguë avait été peu étudiée : Seifert en avait rapporté un cas, mais il ne s'agissait pas là d'une angine spontanée ; l'affection s'était déclarée à la suite de la pénétration d'un corps étranger (fragment de bois) dans la muqueuse de la base de la langue. Les travaux qui ont été publiés ensuite n'ont presque rien ajouté à nos connaissances sur ce point; ils n'ont fait que signaler, sans y insister, les poussées aiguës ou sub-aiguës d'amygdalite linguale.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas de ce genre survenus chez des personnes des deux sexes; et particulièrement chez des femmes ayant souvent déjà souffert d'accidents identiques, dont les récidives avaient déterminé un peu d'hypertrophie du tissu adénoïde de la région. Il est assez rare, dans ce dernier cas, que l'affection donne lieu à des symptômes généraux un peu accentués. Souvent, d'ailleurs, elle est très circonscrite, et ne siège que d'un seul côté de la base de la langue, sur quelques follicules, se présentant à l'examen laryngoscopique avec une teinte rouge vif et une tuméfaction marquée qui disparaissent au bout de trois ou quatre jours. Parfois, cependant, l'inflammation est généralisée à toute l'amygdale linguale, qu'on voit d'abord tuméfiée et très rouge et plus tard piquetée de dépôts pultacés, et elle peut donner lieu alors à un peu de rougeur et de tuméfaction (non œdémateuse) de l'épiglotte, des traînées de follicules lymphatiques latérales et de la partie inférieure des piliers antérieurs du voile palatin. Elle peut, en pareil cas, évoluer d'une façon franchement aiguë, avec fièvre, inappétence, et embarras gastro-intestinal. La douleur à la déglutition est vive, et il existe en même temps des douleurs spontanées, s'irradiant de la région médiane du cou vers les oreilles, et se prolongeant en bas vers le mediastin. La plupart du temps les malades accusent un point douloureux au devant du cou ; souvent au

niveau de la fourchette sternale, bien au dessous du siège de la lésion.

Si j'en crois mon expérience personnelle, ces faits sont loin d'être rares, et s'ils ne se présentent pas plus fréquemment dans la pratique laryngologique spéciale, c'est qu'ils sont à peu près invariablement méconnus, en dehors d'elle. Le médecin traitant, non spécialiste, rapporte les symptômes observés aux légers signes d'inflammation qu'il constate à la paroi pharyngée postérieure et surtout à la partie inférieure des piliers antérieurs; et il diagnostique une « angine pharyngée inférieure » sans se préoccuper autrement de la disproportion apparente entre les lésions supposées et les symptômes observés. Comme l'affection guérit d'ordinaire en quelques jours, d'elle même ou sous l'influence du traitement le plus banal, son véritable siège, que le miroir eût révélé, échappe à l'observateur.

Dans quelques cas cependant, tout ne se passe pas aussi simplement. Des symptômes plus graves, un peu inquiétants même, peuvent apparaître, l'examen laryngoscopique s'impose parce que l'imminence de la suffocation semble possible, et le chirurgien est appelé. Il constate une induration profonde plus ou moins étendue, d'un côté du plancher buccal; il voit, au laryngoscope, une tuméfaction mal limitée de la base de la langue, parfois de l'œdème de l'épiglotte; il réserve son pronostic, et reste en suspens entre le diagnostic de glossite basique profonde (angine linguale de David Craigie) ou de phlegmon prélaryngien et du plancher buccal. Le plus souvent, quelques jours plus tard, le malade est mieux; la suffocation n'a pas apparu, et, que le patient ait ou non craché du pus, cette dernière éventualité demeure douteuse pour le chirurgien : il pense qu'il y a eu menace, début même, d'une des deux affections auxquelles il avait pensé, et en présence de la guérison, se préoccupe peu de préciser un diagnostic rétrospectif qui ne présente plus d'intérêt. Le voulût-il, la chose lui serait difficile : car la symptomatologie spéciale à chacune de ces deux affections est bien vaguement indiquée

par les auteurs. On les différencie bien au point de vue anatomique, mais cliniquement on se borne à signaler la gravité possible du pronostic, à parler de la possibilité d'œdèmes énormes de la partie antérieure de la langue, de son refoulement en avant, d'accidents respiratoires d'une extrême intensité, de gangrènes, etc.; sans insister sur ce qui, dans ces divers symptômes, appartient plus particulièrement à la glossite basique intra-musculaire, ou au contraire au phlegmon prélaryngien, variété ressortissant aux affections du plancher de la bouche, dont elle peut être considérée comme un phlegmon circonscrit, parfois abortif (angine épiglottique antérieure de Michel), parfois suppuré, à mettre en opposition avec le phlegmon diffus gangréneux de la même région (angine de Ludwig). Je crois qu'en réalité, dans les cas auxquels je faisais allusion plus haut, ce n'est ni à l'une ni aux autres qu'on a affaire. Ces dernières maladies, heureusement rares, ne rétrocèdent pas si aisément quand elles ont apparu ; et quand bien même elles ont cette heureuse terminaison, elles peuvent être diagnostiquées de bonne heure avec quelque précision, ainsi que je chercherai à le montrer tout à l'heure. Mais, le plus souvent, on confond leurs formes abortives avec l'affection sur laquelle cette note a pour but d'appeler l'attention : la *periamygdalite linguale phlegmoneuse, l'abcès sous-muqueux superficiel de la base de la langue.*

J'ai eu cinq fois déjà, dans le cours de ma pratique, l'occasion d'observer cette affection; elle s'est toujours montrée semblable à elle-même, avec une physionomie assez tranchée et assez nette pour me permettre aujourd'hui d'en faire une description qui, bien que sommaire, me semble répondre à un type clinique bien distinct. Mes cinq observations ont porté sur quatre hommes et une seule femme ; une fois l'affection occupait toute la région de l'amygdale linguale, sans prédominance d'un côté; les quatre autres, elle siégeait trois fois à droite et une fois à gauche. Dans le premier des cinq cas, l'affection s'est terminée par résolution; mais il s'agissait d'une récidive, et à la pre-

mière atteinte il y avait eu évacuation spontanée d'un abcès. Dans les quatre autres, deux fois j'ai vu la suppuration terminer l'évolution de la maladie, qui au contraire à évolué vers la résolution deux autres fois. Voici les faits.

Observation I.

Le Dr X..., âgé d'environ trente ans, avait été atteint en 1887 d'une angine diphthérique extrêmement grave, qui avait laissé, après la guérison, des lésions de pharyngite chronique dont il souffrait encore en 1889, lorsque notre ami commun et très distingué, confrère le Dr Fernand Widal, qui le soignait me fit l'honneur de me demander mon assistance.

Le Dr X... avait été pris, quelques jours auparavant, de vives douleurs de gorge, avec irradiations des deux côtés vers les oreilles, dysphagie extrême, léger état fébrile, excitation marquée. La gorge était très rouge, la voix normale, la respiration facile. Quelques mois plus tôt, les mêmes accidents s'étaient présentés, et avaient cédé partiellement au bout de 6 à 8 jours et complètement deux jours plus tard, à la suite de l'évacuation intrabuccale spontanée d'une certaine quantité de pus infect. M. Widal, pensant qu'il s'agissait cette fois encore d'un abcès à siège profond, me priait, de concert avec M. X..., qui souffrait beaucoup, de pratiquer l'examen au laryngoscope et d'agir s'il y avait lieu.

L'examen fut facile, car le malade ouvrait largement la bouche sans difficulté, pouvait sans douleur tirer la langue et la maintenir convenablement hors de la bouche. Indépendamment de la rougeur diffuse de la gorge, on constatait que l'inflammation était surtout marquée à la partie inférieure des piliers antérieurs. L'amygdale linguale était volumineuse et tuméfiée, extrêmement rouge et comme luisante ; de plus, elle était comme soulevée en totalité sur une base plus large qu'elle-même. L'épiglotte était un peu rouge, dépolie, non œdémateuse ; le larynx à peu près normal. La partie antérieure de la langue, très saburrale,

était molle, nullement douloureuse, sans trace de gonflement. La région malade était très sensible au toucher : et en appuyant le doigt au centre de la limite postérieure du plancher buccal, sur la peau du cou, on provoquait aussi de la douleur; mais on ne trouvait aucun empâtement. Il n'y avait pas d'adénopathie.

Sur la demande de M. X... qui me priait instamment de le soulager, je fis sur la région malade, avec un couteau laryngien, quelques scarifications antéro-postérieures, parallèles, très profondes. La douleur fut vive, et l'écoulement sanguin assez abondant, mais de peu de durée. Comme traitement consécutif, je fis faire des gargarismes répétés avec une solution d'acide phénique à 1 pour 100. Le lendemain, il y avait un soulagement notable, et la guérison était complète peu de jours après.

Observation II.

Mme X.., 29 ans, mariée, femme de ménage. Est sujette aux angines et aux laryngites depuis longtemps. Elle vient me consulter à la clinique laryngologique des sourds-muets, se plaignant d'avoir été prise, six jours plus tôt, de malaise, de courbature, de frissonnements et de fièvre, puis d'une vive douleur à la gorge et à l'oreille droite, où elle ressentait des élancements très pénibles. La dysphagie était très marquée ; chaque tentative de déglutition redoublait la douleur, tant à la gorge qu'à l'oreille. La fièvre était un peu tombée depuis le matin ; cependant la peau était encore chaude. Constipation. Voix bonne, respiration normale. Pas de difficulté notable à ouvrir la bouche ni à sortir la langue. Rien d'appréciable à l'examen du pharynx avec l'abaisse langue, sinon un peu de rougeur du pilier antérieur droit, en bas. Langue sale, molle, nullement douloureuse à la pression. A l'examen laryngoscopique, tuméfaction très considérable de la base de la langue à droite ; effacement de la fossette glosso-épiglottique, des plis glosso-épiglottique et pharyngo-épiglottique du même côté ; œdème très considérable de l'épiglotte, qui est en outre comme

repliée et refoulée en arrière et à gauche. L'amygdale linguale, épaissie, rouge, recouverte en partie de dépôts pultacés est comme soulevée, dans sa moitié droite, par la tuméfaction sous jacente. La pression du doigt est douloureuse, et en un point qu'il est difficile de préciser pendant la manœuvre du toucher, elle est extrêmement vive. A la pression externe au niveau du côté droit de la partie postérieure du plancher buccal, on provoque un peu de douleur. A la palpation, à ce niveau, on sent, au dessous de la peau mobile, une rénitence profonde, mal limitée. Il n'y a pas d'adénopathie cervicale. L'oreille paraît saine et l'audition est normale.

Traitement : cataplasmes très chauds, à renouveler toute la journée, sous la mâchoire à droite et vers la région angulo-maxillaire. Le soir, onction au même endroit avec de l'onguent mercuriel belladonné, et cravate de ouate. Gargarismes phéniqués à 1 pour 100. A l'intérieur, chlorhydrate de quinine, un gramme. Grand lavement tiède pour débarrasser le gros intestin. En même temps, antiseptie intestinale avec 2 gr. 50 de naphtol en cinq doses. Repos, lait et œufs.

Le surlendemain, amélioration légère. Il n'y a pas même de fièvre. L'état local paraît d'abord stationnaire ; mais au toucher, on sent nettement la fluctuation, superficielle, au niveau du point culminant de la tuméfaction de la base de la langue. La malade, effrayée à la vue du couteau laryngien, refuse l'incision. Même traitement, moins le chlorhydrate de quinine.

Deux jours plus tard, la malade revient me dire que la veille elle a craché « une cuillerée » de pus à goût et à odeur infects, et qu'elle en a encore craché le matin. Elle est très soulagée, ne sent presque pas sa gorge, et ne sent plus du tout de douleurs d'oreille depuis le matin. A l'examen, on voit que la tuméfaction s'est affaissée presque entièrement. On voit sortir du pus d'une sorte de petite boutonnière antéro-postérieure, à bords déjà un peu retroussés et rouges, d'un demi-centimètre ou un peu plus de longueur, et située à la limite antérieure de la fossette glosso-épiglottique droite. Une sonde laryngienne de

petit ealibre est aisément introduite dans l'orifiee, mais elle ne pénètre pas, sinon latéralement, et cette manœuvre donne issue à un peu de pus. Gargarismes phéniqués. La malade ne revient plus.

Observation III.

Un de mes anciens malades, M. X., avocat, âge de 46 ans, vient me eonsulter, il y a environ quinze jours, pour une vive douleur de la gorge, et surtout, me dit-il, parce qu'il souffre énormément de l'oreille droite. Dix jours auparavant, il est rentré ehez lui mouillé, s'est refroidi, et a été presque subitement pris de malaise, de nausées et de mal de tête. Il s'est mis au lit, a eu un frisson assez marqué, de la douleur en avalant, en même temps que se montrait une fièvre vive, qui devait durer six à sept jours. Le lendemain, la douleur de gorge avait beaueoup augmenté ; la déglutition était extrêmement douloureuse, et le malade salivait un peu, ear il ne pouvait avaler sa salive sans de vives souffranees et des contraetions de la faee. L'oreille droite était le siège d'élaneements extrêmement pénibles. Les mouvements de la tête étaient un peu douloureux. La voix était bonne. M. X., qui était eneore à la eampagne aux environs de Paris, fit appeler le médeein. Celui-ei ne trouva presque rien dans la gorge, eonseilla le repos à la ehambre, et fit instiller dans l'oreille, en abondanee, de l'huile de jusquiame. Les ehoses allèrent ainsi pendant six à sept jours, les douleurs d'oreille et de gorge eonservant toujours toute leur intensité. Le septième jour, la fièvre tomba, mais la voix devint un peu enrouée, et le huitième, le malade ressentit un peu de gêne de la respiration. Il prit peur, partit pour Paris et arriva ehez moi.

Quand je le vis, le malade avait un peu de fièvre et de la eéphalalgie qu'il attribuait à la eonstipation. La peau était moite, la sueur perlait sur le front, la face était grippée et pâlie. La voix était un peu enrouée, mais depuis le matin la respiration

était redevenue facile. M. X., tout couvert de cache-nez et de foulards, tenait la tête penchée à droite, et la main sur son oreille droite, où chaque effort de déglutition causait un élancement extrêmement douloureux, tandis qu'en tout temps il ressentait une douleur profonde allant de la gorge et du cou à l'oreille et à la région mastoidienne.

J'examinai l'oreille, et le tympan me parut présenter un aspect tout à fait normal. D'ailleurs l'audition n'avait pas diminué. Au palper, on trouvait du côté droit et au niveau de la partie postérieure du plancher buccal, un point dont la pression était un peu douloureuse. Mais il n'y avait pas d'empâtement, la peau était mobile, et les ganglions voisins n'étaient pas tuméfiés d'une façon notable. La bouche pouvait s'ouvrir, la langue se tirer hors de la bouche sans difficulté. A l'examen du pharynx, on voyait un peu de catarrhe de la paroi postérieure, et un peu de rougeur du pilier antérieur droit, qui paraissait en outre légèrement tuméfié en bas. La langue était sale, mais non tuméfiée et nullement douloureuse à la pression. A l'examen laryngoscopique, on voyait une tuméfaction énorme du côté droit de la base de la langue, comme dans le cas précédent. Mais l'épiglotte était plus œdémateuse encore, repliée et refoulée en arrière et à gauche, et cachant en partie le larynx. Celui-ci cependant n'était pas œdématié, mais toute la partie postérieure, visible, des cordes vocales était rosée et nettement catarrhale.

Même traitement que dans le cas précédent. Repos au lit. Purgatif salin le lendemain matin.

Le lendemain, la fièvre tombe. Légère amélioration des symptômes. Comme la veille, la pression digitale directe de la tuméfaction de la base de la langue est très douloureuse, mais il n'y a pas de fluctuation appréciable.

Le surlendemain, même état.

Le quatorzième jour seulement, le malade crache à plusieurs reprises une petite quantité d'un pus infect. Soulagement énorme. Les douleurs d'oreilles diminuent progressivement,

pour cesser complètement le lendemain. Appétit. A l'examen, on voit que la tuméfaction de la base de la langue s'est affaissée; mais au toucher, qui n'est d'ailleurs presque plus douloureux, on ne constate pas de dépression circonscrite nettement appréciable. En examinant ensuite avec le miroir, on voit un peu de sang et de liquide séropurulent qui paraît sortir de l'interstice de deux masses de follicules, très en arrière et à droite, à la limite antérieure de la fossette glosso-épiglottique encore peu dessinée. Le seizième jour de la maladie, la langue est redevenue propre. Il n'y a plus qu'une légère tuméfaction de la partie droite de l'amygdale-linguale. Les ligaments glosso-épiglottique et pharyngo-épiglottiques sont redevenus distincts. Le malade demande à sortir et à reprendre ses occupations.

Dix jours plus tard, il y eut une récidive. Fièvre vive (39°) pendant 2 jours; le troisième, abaissement de la température sans remission des symptômes locaux, d'ailleurs moins accentués que la première fois; le quatrième jour, évacuation spontanée de l'abcès en quelques heures, et soulagement considérable. En pressant sur la région avec une tige-mousse, pendant l'examen avec le miroir, on voyait sourdre du pus au niveau de la limite antérieure de la fossette glosso-épiglottique droite. J'introduisis en ce point la pointe d'un bistouri-laryngien de Heryng, et débridai largement par une incision postéro-antérieure de 2 centimètres 1/2. Gargarismes phéniqués. — Depuis le malade va bien; je l'ai vu il y a trois jours; l'amygdale linguale est un peu tuméfiée à droite; mais il n'en résulte aucune gêne.

Observations IV et V.

Je me dispenserai de rapporter in-extenso ces deux observations, ayant trait à deux hommes, âgés de 35 à 40 ans, que j'ai observés en 1890. Dans ces deux cas, l'affection a été traitée de bonne heure, par les mêmes moyens que dans les deux derniers relatés ci-dessus, et elle a évolué vers la résolution du 4e au 5e jour, pour se terminer du 7e au 9e. Il n'y a pas eu de

troubles vocaux ni respiratoires, pas d'œdème épiglottique. Mais les symptômes ont été à l'intensité prés des phénomènes locaux et voisins, identiques à ceux présentés par les malades précédents.

L'observation suivante que je dois à l'obligeance de mon ami et très distingué confrère le Dr Cartaz me semble devoir être jointe aux précédentes, et son auteur, qui a bien voulu prendre connaissance de mes propres observations, ne doute pas qu'elle se rapporte à une inflammation suppurative de même siège.

Observation VI.

(Communiquée par M. le docteur A. Cartaz).

M. X... vient me consulter dans le courant de 1890 pour une pharyngite chronique qui le gêne depuis plusieurs années. Agé d'une quarantaine d'années, M. X... est un fumeur enragé et boit assez volontiers; il est de plus rhumatisant et a eu l'automne dernier un léger accès de goutte. Les traitements les plus variés, aussi mal suivis que possible il est vrai (c'est le malade qui l'avoue), n'ont amené que des modifications passagères. Je constate en effet les signes d'une pharyngite chronique prononcée, sans lésions ni obstruction nasales. Mais ce qui préoccupe le malade est, non pas le besoin de « râcler » la gorge, mais un chatouillement constant à la base de la langue, provoquant des quintes de toux tenaces. L'examen laryngoscopique montra une hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, formant trois gros lobes en avant de l'épiglotte. Après quelques tentatives de traitement par des cautérisations au chlorure de zinc, le résultat étant médiocre et le malade pressé d'en finir, je pratiquai après anesthésie locale à la cocaïne une cautérisation des trois lobes principaux avec le galvano-cautère, sans trop d'énergie. Je recommandai au malade les précautions antiseptiques habituelles et le séjour à la chambre.

Il n'en fit rien, passa la soirée au bal, soupa ensuite plus que copieusement et rentra vers cinq heures du matin dans « un doux état d'ébriété » (propres paroles du malade). Le lendemain il fit plusieurs eourses en voiture découverte, et le soir se sentit pris de douleurs à la gorge, d'un peu de fièvre. Il sort eneore le lendemain, mais en rentrant il est obligé de se mettre au lit. Un médecin du voisinage qu'il fait appeler, et qui n'est pas son médeein habituel, diagnostique une « angine » et prescrit différents médicaments. Le mal empire lentement pendant quarante-huit heures, puis vers le sixième jour il survient de la douleur pour avaler, douleur irradiée de plus en plus du côté des oreilles, et surtout de la gêne pour respirer, quand le est étendu.

Le septième jour il me fait appeler. A l'examen, rougeur diffuse du pharynx et des loges amygdaliennes; au niveau de l'amygdale linguale et des points cautérisés, tuméfaction rouge, tendue, du volume d'une petite noix, repoussant l'épiglotte sur l'orifiee laryngien (explieation de la dyspnée): épiglotte rouge, un peu tuméfiée à sa base. Rien à la partie moyenne ou antérieure de la langue. Pas de gonflement du cou. Fièvre modérée. Langue sale, signes d'embarras gastrique. Au toucher, on a la sensation de la fluetuation, et je propose au malade un coup de bistouri qu'il refuse. Je prescris trois pulvérisations par jour avec la solution de sublimé à 1 pour 10,000 des gargarismes phéniqués, et un vomitif pour remédier à l'embarras gastrique.

Le soir, le malade m'apprend que dans les efforts de vomissements, il a rendu du pus et du sang et qu'il est soulagé. Quand je le vois le lendemain, la tumeur est affaissée, il n'existe pas de traces d'ouverture, de fistule, mais il s'agissait bien évidemment d'un abcès par infection d'une plaie soignée d'une façon aussi fantaisiste que peu médicale. Je dois dire que le malade a éprouvé de cette révulsion un mieux sensible, et que ce mal temporaire a été d'un grand secours pour l'amélioration des signes dont il souffrait du côté de la gorge.

En résumant les caractères communs des six faits relatés ci-dessus, on voit que le tableau symptomatique de l'affection peut être esquissé de la façon suivante :

Début le plus souvent brusque : malaise, courbature, céphalalgie, parfois nausées ; puis frissonnements, fièvre assez vive, pendant quatre, cinq, six ou sept jours. Anorexie, soif, souvent constipation.

Douleurs de gorge dès le début, puis bientôt douleurs lancinantes, très vives dans une oreille ou plus rarement dans les deux. Dysphagie très accentuée.

Voix bonne d'ordinaire, une fois sur cinq un peu d'enrouement, deux fois sur six un peu de dyspnée.

Il n'y a pas de tuméfaction du cou, l'adénopathie angulo-maxillaire ou cervicale est nulle ou à peine appréciable. Le plancher de la bouche, à sa partie postérieure, est le siège d'une rénitence assez faible, mais les parties molles sont mobiles et souples au-dessous.

Les malades peuvent facilement ouvrir la bouche ; la pression de l'abaisse-langue, appliqué à la manière habituelle, n'est pas douloureuse. La partie libre de la langue n'est pas tuméfiée, pas œdémateuse, souple, nullement douloureuse à la palpation. Le malade sort aisément la langue de la bouche, et on peut exercer une légère traction sur elle, pour faciliter l'examen laryngoscopique, sans que le malade s'en plaigne.

A l'examen, le pharynx est parfois le siège d'une rougeur diffuse, souvent plus marquée au niveau de la partie inférieure des piliers antérieurs, ou bien cette rougeur est peu marquée ou à peu près nulle, sauf à la région inférieure d'un seul des piliers antérieurs. Dans le premier cas, à l'aide du miroir, on voit que l'amygdale linguale est très rouge, tuméfiée, et comme soulevée, de façon à former une tumeur atteignant, avec sa base, le volume d'une demi-noix et plus, refoulant en arrière l'épiglotte rouge, peu ou pas œdématiée. Dans le second cas, le plus fréquemment observé, l'amygdale linguale enflammée est soulevée seulement dans une de ses moitiés par une tumé-

faction un peu plus diffuse, qui fait disparaître le relief des plis pharyngo-épiglottique et glosso-épiglottique latéral. C'est alors que la douleur d'oreille est unilatérale, ainsi que la rougeur de la partie inférieure du pilier antérieur.

Lorsque l'affection évolue vers la suppuration, la face antérieure libre de l'épiglotte devient œdémateuse, mais cet œdème peut être très accentué sans se propager aux ligaments ary-épiglottiques. La dyspnée, quand elle apparaît alors, est très légère, et n'a pas d'autre cause que le refoulement de l'épiglotte en arrière et en bas. La voix reste claire, à moins qu'il n'y ait coexistence de laryngite catarrhale, ce qui n'a eu lieu que dans un seul cas sur six.

L'abcès s'ouvre spontanément, du huitième au quatorzième jour de la maladie, de deux à cinq jours après sa formation. La quantité de pus évacuée, le plus souvent à plusieurs reprises successives, paraît être d'une abondance médiocre.

La fièvre diminue dès que l'abcès est collecté ; elle cesse dès son évacuation, qui fait aussi disparaître l'otalgie réflexe, et la guérison s'achève alors en deux ou trois jours.

L'abcès peut récidiver au bout d'une ou deux semaines : la fièvre reparaît, mais elle ne dure pas, et l'évacuation spontanée de la collection purulente est précoce.

L'observation clinique, appuyée sur la connaissance de l'anatomie de la région, nous permet de nous rendre assez exactement compte du siège de l'abcès. Nous savons que la couche des follicules lymphatiques de la muqueuse de la base de la langue est inséparable de la couche sous-jacente, constituée par un amas de glandes dont la majeure partie reposent sur le muscle lingual supérieur, tandis que les autres, plus profondes, s'engagent en partie dans l'épaisseur même de ce muscle. Les orifices de ces glandes s'ouvrent soit dans les intervalles des follicules lymphatiques, soit dans la cavité centrale des follicules. C'est donc surtout par l'intermédiaire des conduits extérieurs de ces glandes intra-musculaires que la muqueuse adhère à la couche musculaire sous-jacente, dans les régions voisines du

raphé constitué par le ligament glosso-épiglottique médian. Au contraire, un peu plus en dehors, et de même antérieurement, ces glandes profondes deviennent de moins en moins abondantes, et le muscle lingual supérieur vient adhérer à la muqueuse plus mince et à trame conjonctive plus serrée, à la manière d'un muscle peaucier. Si donc l'inflammation interstitielle profonde de la couche muqueuse, dont la portion superficielle constitue l'amygdale linguale, aboutit à la suppuration, le pus ne pourra se collecter qu'avec peine, et sur une largeur d'un centimètre et demi environ, étroitement limitée à la partie médiane par le ligament glosso-épiglottique médian, ne s'étendant guère latéralement qu'au niveau du repli glosso-épiglottique latéral, et n'atteignant pas, en avant, le niveau des papilles caliciformes. En bas, la couche de pus sera limitée par la membrane hyo-épiglottique, assez épaisse et résistante, qui l'empêchera de fuser le long de la face antérieure de l'épiglotte dans l'interstice thyro-hyo-épiglottique, au devant de la partie supérieure du larynx proprement dit. L'abcès sera latéral, s'il n'est pas double, ce que pour ma part je n'ai pas encore vu, ou s'il ne s'étend pas d'un côté à l'autre du ligament glosso-épiglottique médian par l'intermédiaire d'une déhiscence des fibres de ce raphé, dont la structure peut varier suivant les sujets. Quant à l'œdème de voisinage, il sera surtout apparent au niveau de la fossette glosso-épiglottique et de l'épiglotte où la muqueuse mince deviendra transparente, tandis que latéralement, là où elle est le plus épaisse, elle apparaîtra seulement tuméfiée sans prendre le même aspect.

La langue elle-même, dans toute sa partie antérieure, restera indemne ; elle ne sera ni œdémateuse, ni tuméfiée, ni douloureuse à la pression ou spontanément. Il n'en serait pas de même si l'abcès était intra-musculaire : dans ce dernier cas, on ne sentirait pas non plus la fluctuation aussi aisément, tous les auteurs s'accordant à faire remarquer la dureté spéciale que présentent ces abcès, qu'on a même été (Blandin) jusqu'à

prendre pour des tumeurs solides ; et on n'assisterait pas à l'évacuation spontanée du pus en avant de l'épiglotte.

Enfin, la langue pourra être sortie de la bouche et maintenue en dehors sans difficulté, le mouvement d'élévation du larynx et de traction en avant de l'épiglotte qui en résulte ne provoquera pas de douleurs vives, ce qui n'a pas lieu lorsque l'inflammation siège au dessous de la membrane hyo-épiglottique, dans l'interstice hyo-thyro-épiglottique : le malade atteint de phlegmon prélaryngien ou d'angine de Ludwig au début est hors d'état de tirer la langue, et ne supporte que très difficilement l'examen laryngoscopique, ou pour mieux dire les tentatives d'examen laryngoscopique auxquelles on le soumet. Il n'arrive même qu'imparfaitement à ouvrir la bouche, aussi bien à cause de la douleur qu'il éprouve lorsqu'il l'essaie, que de l'obstacle résultant de la tuméfaction, de l'empâtement, de la dureté et de la raideur du plancher buccal, qui ne manque jamais en pareil cas.

La periamygdalite linguale phlegmoneuse peut donc être assez aisément différenciée de la glossite basique profonde, et des phlegmons prélaryngiens et du plancher buccal. L'absence d'œdénopathie cervicale empêchera de la confondre avec un œdéno-phlegmon ; et on ne la prendra pas pour un abcès secondaire à une lésion osseuse. Son pronostic, en dehors de complications évidemment possibles, mais non encore observées, paraît assez bénin puisque l'ouverture spontanée de l'abcès s'est toujours faite jusqu'ici sans qu'on ait vu se produire de troubles respiratoires inquiétants. Son siège, ses symptômes, sa marche, sa terminaison, permettent de la considérer comme une variété de périamygdalite phlegmoneuse vulgaire.

Je n'insisterai pas sur le traitement. Je me suis conduit, dans les cas que j'ai eus à soigner, comme s'il s'était agi d'une amygdalite. Peut-être serait-il possible, comme le fait supposer l'observation I, d'éviter la suppuration, en pratiquant dès le début des scarifications profondes ; mais les observations IV et V montrent que l'inflammation est susceptible de rétrocéder

sans cette intervention. L'abcès une fois formé et la fluctuation constatée, on doit évidemment l'ouvrir si le malade y consent, mais la chose semble avoir peu d'importance, car alors l'évacuation spontanée du pus arrive rapidement. La récidive, ou mieux la rechute, sera plus sûrement évitée si l'on prend soin, après l'évacuation spontanée de l'abcès, de débrider largement avec le couteau laryngien.

M. Luc. — J'ai vu dans ma clientèle un cas analogue; c'est celui d'un officier de marine qui présentait des phénomènes douloureux suivis d'expulsion de pus; il croyait avoir une angine à répétition.

M. Loewemberg. — A propos des remarques très justes de M. Ruault, au sujet de la nécessité de pratiquer l'*antisepsie dans les maladies de la cavité buccale*, je désire faire ressortir d'une façon générale ce que, à mon avis, ces tentatives ont d'aléatoire.

Etant donné le fait connu que la bouche est le réceptable d'innombrables microbes, abrités dans les nombreuses dépressions de la muqueuse, surtout aux amygdales et aux bords dentaires des gencives, je pense que nous sommes loin de pouvoir atteindre ici une véritable antisepsie. Ainsi, les gargarismes, tout en jouant un rôle d'adjuvant utile, sont certainement impuissants à réaliser ce desidératum, d'autant plus que pour atteindre toute la cavité du pharynx buccal, ils doivent nécessairement être abondants, peu concentrés, et que, de plus, la sécrétion par conséquent incessante de la salive et du mucus — sécrétion encore activée par l'acte du gargarisme — vient les diluer.

Dans la pratique, je cherche à atteindre les microbes présents sur *des terrains isolés*, par exemple sur une amygdale enflammée en lesfrottant d'abord, au moyen d'un pinceau dur, de sublimé au 1/1000 et ensuite d'acide borique perphorisé, appliqué avec une certaine force.

L'idéal, à mon avis, serait de pouvoir recouvrir ensuite l'endroit ainsi traité d'un enduit imperméable avec liquides

buccaux, puis d'une espèce ; cellodion qui retiendrait ces substances antiseptiques et c_ntribuerait, en outre, en empêchant l'accès de l'air, à entraver la pullulation des microbes aërobies.

M. Hermet. — Ces badigeonnages avec la solution de sublimé à 1/1000 ne me semblent pas sans danger.

M. Gouguenheim. — Je désirerais savoir : 1° sur quoi s'est basé M. Ruault pour faire la localisation dans la quatrième amygdale; 2° pourquoi l'examen bactériologique n'a pas été fait.

M. Ruault. — Le pus a été évacué pendant la nuit : je répondrai à M. Lœwemberg que la pathogénie des angines est complexe; dans ce cas il n'y a probablement pas que les microbes de la bouche qui interviennent; car l'affection s'est développée à la suite d'une véritable contagion; pourquoi le malade n'a-t-il pas eu, par exemple, une amygdalite simple?

Vertiges de Ménière, battements pulsatiles sur l'Endotoscope, dénonçant l'otite.

Par le Docteur Gellé.

En présence d'un trouble nerveux aussi caractérisé que celui du syndrôme de Ménière, le médecin a une tendance tout expliquée à juger l'affection d'origine névropathique ou souvent secondaire et liée à une maladie stomacale, surtout quand les accidents succèdent à l'ingestion des aliments, ou s'ils sont suivies de nausées et de vomissements. On soigne l'estomac, et les troubles cessent ; puis reparaissent par accès plus ou moins espacés, et à peu près dans les mêmes circonstances, soit de plénitude stomacale, soit avec des vomissements.

Le diagnostic étiologique n'est pas modifié, malgré la persistance des accès, pendant des mois et des années, jusqu'au jour

où la constatation d'une surdité rebelle ou de bourdonnements agaçants attire l'attention sur les organes de l'audition.

Je l'ai dit bien souvent, le chiffre est incroyable des gens traités sévèrement, mis aux régimes, envoyés à Vichy ou ailleurs, comme malades de l'estomac ; et qui, deux ans après, arrivent consulter pour une surdité plus ou moins forte, racontant leur maladie, cette longue série de crises, de vertiges et de vomissements qui ont précédé l'état de surdité terminale actuelle.

Les crises ont souvent cédé depuis longtemps aux divers régimes bien ordonnés, mais l'oreille oubliée est devenue sourde.

En effet, la clinique montre combien l'état de l'estomac a d'influence sur les troubles liés aux affections otiques ; il en est de même de l'état de la circulation et des organes de la respiration qui provoquent, entretiennent, ou font récidiver les bourdonnements, les vertiges, les douleurs et la surdité.

A quels signes au milieu de cet appareil symptomatique trompeur peut-on reconnaître que l'oreille entre pour quelque chose dans sa pathogénie ?

Parmi les signes de cette lésion otique, il en est parfois de très sûrs, tels que le vertige, l'ébranlement cérébral spécial que l'on aura provoqué par la pression centripète sur une des oreilles du sujet vertigineux, mais cela n'est pas constant, pas plus que la sensation vertigineuse causée quelquefois par le Politzer, laquelle a bien sa valeur en pareil cas. En plus des symptômes objectifs, souvent très délicats à reconnaître, et aussi parfois insuffisants ou bien sans signification, au moins pour l'affection actuelle, parce qu'ils indiquent une sclérose ou une lésion ancienne du tympan, on peut observer en certains cas des battements pulsatiles sur l'Endotoscope, lesquels ne laissent aucun doute sur l'existence d'une fluxion active, et peut être sur une prolifération vasculaire dans la cavité de l'oreille moyenne, masquée par un tympan sans caractère, ou même d'un aspect tout à fait capable d'induire en erreur.

L'observation suivante est une démonstration de l'utilité de l'exploration de l'oreille au moyen de l'endostoscope, non seulement comme manomètre indiquant les mouvements du tympan et leur étendue, et son retour élastique, spontané ou dû à la déglutition, mais manifestant aussi les pulsations d'une masse vasculaire incluse, ou la fluxion totale de la caisse.

Or, en face d'un syndrôme inquiétant comme celui du vertige, avec chute, nausées, etc, il y a intérêt évident à savoir qu'il existe une lésion de l'oreille moyenne, qui peut-être explique tous les accidents.

Quand ces pulsations existent bien apparentes sur l'endotoscope la preuve est faite. Malgré les vomissements, la pathogénie stomacale doit être mise au second plan ; malgré la coïncidence démontrée des accès avec les troubles de l'estomac et les malaises de la dyspepsie ; malgré l'existence assurée d'une affection thoracique ou circulatoire; malgré encore l'évidence d'un état neurasthénique du sujet ; etc ; toutes conditions susceptibles à elles seules de provoquer l'attaque de vertige, dit de Ménière, il faut reconnaître que l'élément otique existe, et qu'en pareille occurence, au point de vue étiologique, la lésion de l'oreille a une importance indiscutable et supérieure. Car ces excitations ou ces inhibitions motrices, ces modifications de l'équilibration, c'est presque sa physiologie à elle ; au moins est-ce le mode de ses réactions ordinaires et de ses relations fonctionnelles.

Observation (résumée) 15 février. — Il s'agit d'un homme de 45 ans, serrurier ou chaudronnier pour les appareils de chauffe des paquebots ; il travaille habituellement dans les conduites de tôle des grands récipients, toujours dans l'air confiné, puis sort en sueur et dans un courant d'air glacial.

Aussi est-il atteint constamment de bronchites ; il est emplysémateux, souffle, s'essouffle vite en marchant ; il est sourd depuis longtemps, et tousse depuis septembre dernier. Les quintes lui donnent le mal de tête et le vertige. En octobre

il est pris de sueurs froides, il titube, comme s'il avait bu ; puis tombe, et perd connaissance, dit-il ; mais cela ressemblait à ce qu'il avait eu déjà plusieurs fois en septembre sans tomber cependant. En 2 à 3 secondes, il se remet sur ses jambes, trébuchant, mais conscient ; il va prendre l'air et tout se calme ; mal de tête, pas de vomissement... C'était le premier accès avec chute subite, sans convulsions ; il se souvient bien ; jamais d'angines.

L'oreille droite bourdonne continuellement et est secouée de battements comme ceux du cœur, dit le sujet. La montre est perçue seulement au contact à droite, et très bien sur l'apophyse mastoïde et sur le front..

Epreuve d'auscultation transauriculaire assez bonne. Par l'endotoscope, on constate l'absence de mouvement par le Valsalva, et celle de battements pulsatiles (le sujet prend depuis 15 jours 0,60 centigr. de sulfate de quinine par jour). Le pharynx plein, rouge cramoisi, plissé, forme un tapis serré de grosses granulations avec exsudat adhérent ; deuxième bruit du cœur très éclatant. L'oreille gauche perçoit la montre à 20 centimètres et très bien sur le crâne.

Le tympan droit est lisse, clair, plissé en rayons après le Valsalva assez mal réussi ; sans triangle ; et plutôt bombé en bas ; le manche droit ; et la teinte générale a son triangle lumineux ; il est excavé, et d'aspect analogue au premier comme coloration.

Quelques jours plus tard, le Politzer passe ; le tympan bombé forme deux joues avec le sillon vertical du manche au milieu ; il s'enfonce par la déglutition, le nez pincé.

A ce moment on aperçoit en arrière, et en bas au dessous du niveau du promontoire, sur la cloison, une saillie oblongue plus opaque que le reste et blanche et mate. Cette partie change d'aspect dès que le tympan est porté en dehors par la douche d'air ; ni vaisseau ni rougeur en ce point, ni au manche du marteau. Les quintes de toux font ballonner subitement cette partie inféro-postérieure de la membrane.

1er mars. — A cette période, l'endotoscope montre une circulation facile et des déplaccments très amples de la cloison tympanique, et de plus des battements pulsatiles très ncts. L'aspect de la cloison est resté identique; le relachement tympanique avec opacité est évident; la douche d'air n'amène aucune amélioration. (Depuis, 10 jours de quininc, deuxième série), bourdonnements très forts, mal de cœur et tendance à tomber par momcnts, mais pas de grands accès. Céphalalgie persistante augmentée par la toux (douches d'air, fumigations de la gorge.

15 mars. — Mal de tête frontal constant; bourdonnements par accès. (Quinine cessé depuis 10 jours) plus de grands vertiges; hébétude et étourdissement passagers; toux diminuée; gorge bien mieux. Montre à droite, entenduc à 4 centimètres, et bien sur le crâne. Etat général à peu près normal.

2 avril. — Le vertige n'a pas rcparu. Montre à 10 centimètres, à gauche et 4 à l'oreille droite; léger bourdonnement à gauche où il n'existait pas; et excavation fortc du tympan gauche; pharynx plus rouge; ceci dû au froid du moment; tympan droit translucide, mobile, tendu sans pli. Le 13 avril, cette petite poussée sur l'oreille gauche est arrêtéc, la montre est entcnduc à 22 centimètres. Revu le 25 juin en parfait ctat; la gorge et les bronches normaux; l'audition est assez bonne et les vertiges n'ont plus reparu.

Jamais, dans ce cas, un praticien ne se fut aperçu d'une lésion otique, tant l'aspect du tympan a été négatif jusqu'à la fin. Il n'y avait pas de douleur otalgique, rien qu'une céphalalgie frontale fixc, tenace. Cette céphalée, avec les vertiges et l'état de titubation constante, eut éloigné toute idée de recherches du côté des oreilles.

La toux et l'état emphytétnateux auraient fait admettre quelque trouble circulatoire cérébral, la congestion surtout, et appliquer un tout autre traitement que le sulfate de quinine, les fumigations et la douche d'air de Politzer.

Les battements pulsatiles, plus ou moins nets, suivant l'état

d'aération de la caisse, et l'écartement du tympan et suivant le gonflement de la muqueuse tympanique, accrus, par instants, sous l'influence des quintes de toux, ont clairemement posé le diagnostic de vertige par lésion auriculaire, et précisé son siège principal dans la cavité tympanique.

Dans l'observation suivante, la présence d'un bouchon de cérumen du côté de la bonne oreille, avec surdité récente, tourment du malade, avait détourné absolument l'attention de ce côté.

Or, on trouve à l'oreille droite, plus anciennement malade, et regardée comme perdue, des battements pulastiles énergiques, qui la désignent comme cause probable des troubles vertigineux observés et comme but des efforts thérapeutiques.

Deuxième observation (résumée). — C'est un homme, vigoureux, de bonne santé habituelle, haut en couleur, âgé de 49 ans; il a eu sa syphilis, militaire, à 23 ans.

Depuis 7 à 8 ans, il est souvent pris de palpitations, d'essouflement, de battements dans la tête et aux tempes avec serrement d'estomac qui le forcent à se coucher, surtout quand il fait froid.

Il y a deux mois et demi, à la suite d'un froid intense pris la nuit, il s'est mis à vomir abondamment des flots de bile; il s'est réveillé au matin, étourdi, incapable de se tenir debout et sourd de l'oreille droite; jamais de bourdonnements; quelques sons de cri-cri rares. Les vertiges et le mal de tête ont duré 15 à 20 jours.

Il n'avait jamais rien eu à ses oreilles. Il répond bien aux questions, son oreille gauche est bonne, mais s'affaiblit depuis quelque temps; et cela l'inquiète davantage.

A gauche : bouchon de cire profond, qui laisse voir le tympan rétracté, sec, et opalement, l'apophyse externe saillante. Après enlèvement du bouchon, M. 50 centimètres à gauche.

L'oreille droite ne perçoit rien, ni la montre au contact du méat, ni sur la région mastoïde; mais bien sur le front. Trompe close; Politzer inutile. Avec le cacheter, le mandrin

pénétre à 1 centimètre seulement. Grâce aux applications de cocaïne et aux irrigations nasales, en quelques jours on peut aérer la caisse ; un élaguement sonore l'annonce ; et il y a aussitôt un grand mieux de la tête et de l'intelligence engourdie, et cessation de l'état vertigureux. On avait cru avec cette évolution subite et la gravité de la surdité à une lésion labyrinthique ; mais, au moyen de l'endotoscope, on a pu constater, dès le premier examen, l'absence de déplacements du liquide par le Politzer ; et surtout des pulsations énergiques isochrones au pouls, qui ne laissaient aucun doute subsister sur la participation de la caisse au processus, sur l'existence d'une otite interne apoplectiforme.

Dès que le dégorgement de la trompe permit d'aérer l'oreille moyenne, on vit, au premier coup de la poire de Politzer, le niveau du liquide de l'endotoscope monter de un centimètre et demi.

Aussitôt les battements cessèrent ; puis l'oppression de l'intellect, l'obstruction des idées, l'engourdissement cérébral, l'incapacité de travail disparurent presqu'instantanément.

Mais la surdité a résisté au traitement spécifique institué, aux insufflations d'air, aux révulsifs, etc.

Cette gravité de la surdité subite s'explique bien ; car il faut remarquer que les débuts et la marche du processus otitique indiquent sûrement une lésion simultanée du labyrinthe.

La tendance du clinicien serait plutôt de ne voir là qu'une affection labyrinthique.

En mars, nouvelle poussée sur la gorge et l'oreille droite ; mais pas de grands vertiges ; persistance de la douleur occipito-mastoïde ; reprise du traitement, sans amélioration de l'ouïe du côté droit, bien que l'oreille moyenne soit libre.

J'ai les dessins pris sur nature des deux tympans de ce sujet, et j'avoue qu'il n'y a pas moyen de reconnaître, même en usant des notes explicatives de la figure, qu'il y avait dans la caisse, derrière cette membrane atone et sans caractère, une fluxion

sanguine et une pression vasculaire capables de causer des battements à l'endotoscope.

C'est que, dans beaucoup de faits de vertige, la lésion otique, est profonde et limitée ; elle siège autour de la fenêtre ovale, auprès du facial ; et c'est lentement, plus tard, par l'extension du processus, que la cloison à son tour est prise, s'enflamme et apparaît altérée dans ses mouvements, dans sa forme et dans sa transparence.

L'endotoscope peut éclairer alors le diagnostic ; car, dans le dernier fait par exemple, le malade, frappé de surdité subite depuis deux mois et demi, à droite, ne s'occupait plus de cette oreille, et ne pensait qu'à la gauche gênée par un bouchon refoulé au contact du tympan.

Cette observation curieuse et intéressante à plus d'un titre, montre l'évolution d'une panotite spécifique, englobant labyrinthe et oreille moyenne, avec compression de l'oreille interne, causant l'oppression remarquable de la force cérébrale et des troubles de l'équilibre, qui ne s'est manifestée que par de légers symptômes objectifs ; et cependant l'oreille moyenne participait au processus ainsi que le démontrent les battements pulsatiles observés à l'endotoscope, et l'amélioration relative due à l'aération de la caisse.

Dans de certaines conditions, ce fait eut été diagnostiqué affection cérébrale apoptectiforme ; il est bon de savoir que l'on peut quelquefois fournir la démonstration de l'existence d'une affection otique par laquelle toute la symptomalologie s'éclaire et le pronostic se modifie profondément.

M. Coewemberg. — La congestion de l'oreille moyenne est un facteur en dehors du mal de Ménière : alors il me semble que l'on pourrait changer le titre.

M. Potiquet. — Je crains que M. Gellé, en faisant des oscillations du liquide contenu dans le manomètre auriculaire un signe certain de lésion congestive intratympanique latente, la membrane du tympan se montrant intacte, n'ait commis une

erreur d'interprétation. En se plaçant dans des conditions un peu différentes de celles où opère M. Gellé, notamment en substituant, dans le manomètre de M. Politzer, à l'eau un liquide plus léger, un petit index d'éther, M. Potiquet s'est convaincu que l'index d'éther peut éprouver des oscillations nettement isochrones au pouls alors qu'il y a tout lieu de croire l'oreille moyenne absolument saine. Il ne voit dans ce phénomène qu'une secousse communiquée à cet index très mobile par la pulsation des artères contenues dans les parois du conduit auditif, membrane du tympan comprise, et par l'impulsion que ces parois peuvent recevoir des vaisseaux du voisinage.

M. Gellé. — Il y a 17 ans que j'ai fait paraître un travail sur ce sujet : je répondrai à M. Potiquet que l'éther cause des erreurs, qu'il est très délicat de faire des expériences sur soi-même et qu'une seule expérience ne saurait suffire pour conclure.

M. Potiquet. — Il me semble avoir évité toutes les causes d'erreurs.

La Société procède à l'élection d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et d'un trésorier.

M. Lœwemberg est nommé vice-président pour l'année 1892. MM. Marage et Ménière sont maintenus dans leurs fonctions.

Une commission est nommée pour examiner la candidature de M. Garnault, et le travail qu'il présente à l'appui. Elle est composée de MM. Gouguenheim, Luc et Marage, rapporteur.

Les parrains de M. Garnault sont : MM. Luc et Gouguenheim.

AVIS

A cause de dispositions nouvelles, il y a eu un long retard dans l'apparition de ce numéro ; à l'avenir le journal paraîtra régulièrement du 8 au 12 de chaque mois.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON. *Gérant :* Dr SAINT-HILAIRE.